

ФОРМА ЖАЛОБЫ ИЛИ ПРЕТЕНЗИИ КЛИЕНТА

Если у вас проблемы с **АМБУЛАТОРНЫМИ** услугами психолога/психотерапевта или услугами по лечению алкогольной/наркотической зависимости, позвоните в Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCEA) или отправьте эту форму по почте (вы можете получить конверт с адресом на программе, где вы получаете услуги).

Адрес для отправки по почте:

Consumer Center for Health Education and Advocacy
1764 San Diego Avenue, Suite 200
San Diego, CA 92110

Для подачи жалобы или претензии по телефону

**позвоните:
1-877-734-3258**

Мы настоятельно рекомендуем клиентам звонить для более быстрого обслуживания

ЧТО ТАКОЕ ЖАЛОБА ИЛИ ПРЕТЕНЗИЯ?

«Жалоба» – это выражение недовольства чем-либо в отношении ваших услуг психолога/психотерапевта или услуг по лечению алкогольной/наркотической зависимости.

«Претензия» может быть подана, когда одобрение услуг отклонено, сокращено или прекращено.

«Ускоренная претензия» может быть подана, если вы или ваш врач подтверждаете, что стандартные сроки подачи претензии могут создать серьезный риск для вашей жизни, здоровья или трудоспособности.

Мы должны иметь возможность связаться с вами, чтобы помочь вам.

Предоставьте информацию, которая поможет нам связаться с вами даже после того, как вы покинули данное медицинское учреждение.

Фамилия, имя		Почтовый адрес	
Номер телефона		Эл. почта	
Предпочтительный способ связи	<input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Почта <input type="checkbox"/> Эл. почта		

Укажите ниже наименование программы/учреждения, на которое вы подаете жалобу или претензию

Опишите ниже вашу проблему (используйте обратную сторону формы, если вам нужно больше места)

PROGRAM NOTICE: This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.

FOR OFFICE USE ONLY: Date Received _____

Округ Сан-Диего соблюдает региональное и федеральное законодательство о гражданских правах и не допускает незаконной дискриминации, отказа в услугах или неравного отношения к людям по признаку пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической группы, возраста, ограниченных психических возможностей, ограниченных физических возможностей, состояния здоровья, генетических данных, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Вам кажется, что вы подверглись дискриминации, были исключены из программы или подверглись неравному отношению, потому что вы относитесь к любому из вышеуказанных защищенных классов, при получении услуг психолога/психотерапевта или услуг по лечению алкогольной/наркотической зависимости?

Да Нет

(Если да, опишите этот случай ниже)

--

Подпись клиента		Дата	
------------------------	--	-------------	--

Если данная форма заполняется уполномоченным представителем клиента, заполните поля ниже:

Фамилия, имя уполномоченного представителя		Дата	
Подпись уполномоченного представителя		Кем приходится клиенту	

Для получения дополнительной информации о процессе подачи жалоб и претензий попросите экземпляр **Руководства участника интегрированной программы психического здоровья (DMC-ODS & SMHS)** на программе / в учреждении, где вы получаете услуги.

Эта информация также доступна в электронной форме по следующей ссылке:
https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html